

международ. конф. студентов и молодых ученых. II Форум молодежных науч. сообществ : в 2 ч. – Витебск, 15–16 нояб. 2017 г. / Витеб. гос. мед. ун-т ; редкол.: А.Т. Щастный [и др.]. – Витебск, 2017. – С. 119–121.

2. Бугаенко, В. В. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/ru/>. – Дата доступа: 28.11.2017.

3. Гендерные особенности диагностики, течения и лечения ишемической болезни сердца / В. В. Бугаенко, И. П. Голикова, М. Ю. Шеремет // Рац. фармакотерапия. – 2015. – №1 (34). – С. 5–19.

4. Разработка программы исследования дистрессов как интегрированных факторов риска основных неинфекционных заболеваний / Л. И. Орехова // Студенческая медицинская наука XXI в. : материалы XVI международ. конф. студентов и молодых ученых, Витебск, 2–3 нояб. 2016 г. / Витеб. гос. мед. ун-т ; редкол.: А.Т. Щастный [и др.]. – Витебск, 2016. – С. 483–484.

5. Глушанко, В. С. Эффективность белорусской модели здравоохранения и лекарственного обеспечения населения / В. С. Глушанко, М. В. Алферова // Вестн. фармации. – 2016. – №2 (72). – С. 20–29.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, ОСЛОЖНЕННОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Дусова Т.Н., Козловский В.И.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является мировой проблемой. Приблизительно одна десятая часть взрослого населения во всем мире страдают ХОБЛ. При этом у 35%- 40% пациентов с ХОБЛ с тяжелой степенью бронхиальной обструкции выявляют признаки такого прогностически неблагоприятного осложнения, как легочная гипертензия (ЛГ) [1]. ЛГ снижает толерантность к физической нагрузке, приводит к росту гипоксемии, снижает выживаемость [2]. Для диагностики ЛГ у пациентов с ХОБЛ в соответствии с современными рекомендациями по диагностике и лечению ЛГ Европейского общества кардиологов (ESC) и Европейского общества пульмонологов (ERS) 2015 г. необходимо выполнение эхокардиографии (ЭхоКГ). Выполнение катетеризации правых камер сердца КПКС показано только в случае неясного диагноза при наличии сомнительных ЭхоКГ-признаков, признаков непропорционально тяжелой ЛГ, а также при определении показаний для хирургического лечения [3]. На данный момент специфическая терапия пациентов с ЛГ, обусловленной ХОБЛ отсутствует, так как нет доказательств, полученных в РКИ, что применение у этой группы пациентов препаратов для специфической

терапии легочной артериальной гипертензии (ЛАГ) может улучшить симптомы и прогноз. Так, блокаторы кальциевых каналов не рекомендуются для длительной терапии у данной группы пациентов так как, приводят к ухудшению газообмена, усиливая гипоксемию за счет вазодилатации в невентилируемых участках легких и шунтирования неоксигенированной крови в системный кровоток. Исследования эффективности силденафила у пациентов с ЛГ и ХОБЛ продемонстрировали, что силденафил улучшает параметры легочной гемодинамики в данной группе пациентов, ухудшая при этом артериальную оксигенацию в покое, и не влияет на доставку кислорода в легкие. Исследования ингаляционного илопростра на небольших группах пациентов с ЛГ, обусловленной ХОБЛ, показали возможность улучшения газообмена и переносимости ФН. Некоторые авторы говорят о возможности снижения степени ЛГ при приеме ивабрадина пациентами с ХОБЛ. Продолжаются исследования эффективности и безопасности препаратов, применяемых для специфической терапии ЛАГ, у пациентов с ЛГ, ассоциированной с ХОБЛ. В соответствии с последними рекомендациями по диагностике и лечению ЛГ таким пациентам рекомендовано только оптимальное лечение основного заболевания и долгосрочная кислородотерапия, которая может несколько замедлить прогрессирование ЛГ [3].

Существуют исследования на небольших группах пациентов с ХОБЛ, которые демонстрируют возможность ухудшения спирографических показателей и нарастание одышки при использовании у них ацетилсалициловой кислоты (АСК), что может быть вызвано снижением репарации эндотелия легочных сосудов под воздействием АСК. В таких случаях может быть рекомендовано использование других антиагрегантов, например клопидогреля [4].

Однако на данный момент не существует достоверных и убедительных доказательств эффективности и безопасности длительной терапии антиагрегантами при ХОБЛ и ЛГ.

Цель. Определить некоторые показатели микроциркуляции (агрегация лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии (ЛТС), деформируемость эритроцитов (ДЭ)) у пациентов с ХОБЛ с признаками ЛГ и без ЛГ, оценить неблагоприятные отдаленные события в течение 2-х лет после госпитализации по поводу обострения ХОБЛ, а также определить наличие взаимосвязей между применением некоторых ЛС, показателями агрегации ЛТС, ДЭ и неблагоприятными событиями.

Материал и методы исследования. Обследовано 48 здоровых лиц (1 группа), 63 пациента с ХОБЛ средней степени тяжести без ЛГ (2 группа), 61 пациент с ХОБЛ тяжелого и крайне тяжелого течения с признаками ЛГ (3 группа). Группы статистически значимо не отличались между собой по полу и возрасту. Пациенты 2 и 3 групп получали базисную терапию ХОБЛ согласно современным рекомендациям и терапию сопутствующих заболеваний. Часть пациентов 2 и 3 группы получали аспирин в дозе 75 мг.

Лица, включенные в контрольную группу, на момент обследования не принимали никаких лекарственных препаратов.

В 1-2-е сутки от поступления в стационар у пациентов обеих групп исследовалась агрегация ЛТС на агрегометре «СОЛАР» AP-2110 по методу Born G. (1962). В качестве индуктора агрегации использовался 0,1% раствор адреналина в конечном разведении 0,05 мг/мл. ДЭ в бестромбоцитарной плазме и деформируемость отмытых эритроцитов оценивали по времени прохождения их суспензии стандартного расстояния по пористому фильтру.

У всех исследуемых через $2,02 \pm 0,3$ года после включения в обследование оценивали наличие следующих событий: летальный исход, инфаркт миокарда, ОНМК, вызовы скорой медицинской помощи и госпитализации, связанные с обострением ХОБЛ и ССЗ. Регистрация событий производилась путем анализа амбулаторных карт, историй болезни, журналов умерших, опроса пациентов.

Материал обработан с помощью электронных таблиц Microsoft Office Excel 2007 и пакета статистических программ Statistica 6.0 с представлением данных в виде среднего значения и стандартного отклонения ($M \pm SD$). Оценку достоверности различий при анализе отдаленных результатов между группами проводили с помощью точного критерия Фишера. Для выявления наличия взаимосвязи применения ЛС и изменений показателей агрегации ЛТС, ДЭ, числа неблагоприятных событий использовали гамма-корреляцию.

Результаты исследования. Полученные показатели микроциркуляции у пациентов исследуемых групп представлены в таблице 1.

Таблица 1. Показатели микроциркуляции у пациентов исследуемых групп

Показатели	Возраст, лет	Степень агрегации ЛТС, %	Скорость агрегации ЛТС, %/мин	ДЭ в бестромбо-цитарной плазме, с	ДЭ в физиологическом растворе, с
Практически здоровые люди (1 группа; n=48)	$57,3 \pm 7,9$	$12,4 \pm 3,9^{\# \wedge}$	$6,9 \pm 3,7^{\# \wedge}$	$32,8 \pm 4,7^{\# \wedge}$	$12,9 \pm 2,1^{\# \wedge}$
Пациенты с ХОБЛ без ЛГ (2 группа; n=63)	68 ± 10	$34,2 \pm 16,2^{* \#}$	$7,9 \pm 4,5^{* \#}$	$30 \pm 8,6^{* \#}$	$16,3 \pm 24,7^{* \#}$
Пациенты с ХОБЛ и признаками ЛГ (3 группа; n=61)	68 ± 12	$54,8 \pm 24,7^{* \wedge}$	$13,3 \pm 10,6^{* \wedge}$	$39,5 \pm 15,8^{* \wedge}$	$18,6 \pm 6^{* \wedge}$

Примечание: статистически значимые различия * - с группой практически здоровых людей ($p < 0,05$); # - с группой пациентов с ХОБЛ и ЛГ ($p < 0,05$); ^ - с группой пациентов с ХОБЛ без ЛГ ($p < 0,05$).

Обнаружены достоверные отличия показателей агрегации ЛТС, ДЭ в группе пациентов с ХОБЛ с ЛГ в сравнении как с практически здоровыми людьми, так и с пациентами с ХОБЛ без признаков ЛГ. Показатели агрегации ЛТС, ДЭ во 2-й группе достоверно отличались от таких показателей в группе практически здоровых людей.

Результаты, полученные при анализе отдаленных неблагоприятных событий, представлены в таблице 2.

Таблица 2. Частота неблагоприятных событий через $2,02 \pm 0,3$ года после госпитализации у пациентов с ХОБЛ с ЛГ и без нее

События	ХОБЛ без ЛГ	ХОБЛ с ЛГ	P
Госпитализации обострения ХОБЛ	10(15,87%)	25 (40,98%)	<u>0,01</u>
Вызовы СМП по поводу обострения ХОБЛ	5 (7,94%)	18 (29,51%)	<u>0,006</u>
Инфаркт миокарда	0	0	-
Инсульт	0	0	-
Летальный исход	2 (3,17%)	10 (16,39%)	<u>0,01</u>

Через $2 \pm 0,3$ года после включения в исследование в группе пациентов с ХОБЛ и ЛГ зарегистрировано 10 летальных исходов, что достоверно выше ($p < 0,05$), чем в группе пациентов с ХОБЛ без ЛГ. Инсульты и инфаркты миокарда за период наблюдения не были выявлены ни в одной из групп. У пациентов 3 группы число обострений ХОБЛ, потребовавших госпитализации было достоверно больше ($p < 0,05$), чем у пациентов 2-й группы. Кроме того, пациенты с ХОБЛ и ЛГ достоверно чаще вызывали СМП по поводу обострений ХОБЛ ($p < 0,05$), чем пациенты с ХОБЛ без ЛГ.

Число летальных исходов коррелировало с приемом аспирина в группе пациентов с ХОБЛ и ЛГ ($r = -0,4$, $p < 0,05$).

Выводы. Полученные результаты требует дальнейшего исследования для определения показаний к применению антиагрегантной терапии с целью предупреждения развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий у пациентов с ХОБЛ и ЛГ.

Литература:

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI / WHO workshop report. Last updated 2017. www.goldcopd.org
2. Легочная гипертензия как междисциплинарная проблема: подходы к диагностике и лечению / Н. А. Шостак [и др.] // Атмосфера. Новости кардиологии. – 2012. – № 1. – С. 2–10.
3. Рекомендации ESC/ERS по диагностике и лечению легочной гипертензии 2015 / Российский кардиологический журнал. – 2016. – № 5 (133). – С. 5–64.
4. Привалова, Е. Тактика антиагрегантной терапии у курящих пациентов с ХОБЛ / Е. Привалова, Н. Кузубова, О. Титова // Врач. – 2011. – № 3. – С. 29–32.